

51.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 20 juillet 1903, à 1 heure

PAR

Eugène GARÇON

DU PHAGÉDÉNISME MERCURIEL

A LA SUITE

D'Injections de Sels mercuriels insolubles

Président : M. GAUCHER, Professeur.

Juges : MM. { ROGER, Agrégé.
TEISSIER, Agrégé.
DESGREZ, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente)

1903

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 20 juillet 1903, à 1 heure

PAR

Eugène GARÇON

DU PHAGÉDÉNISME MERCURIEL

A LA SUITE

D'Injections de Sels mercuriels insolubles

Président : M. GAUCHER, Professeur.

Juges : MM. { ROGER, Agrégé.
TEISSIER, Agrégé.
DESGREZ, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

(anciennement 36, rue Serpente)

1903

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs

Anatomie
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie minérale.....
Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie
Opérations et appareils
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie comparée et expérimentale.....
Clinique médicale.....
Maladies des enfants.....
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....
Clinique chirurgicale.....
Clinique ophtalmologique
Clinique des maladies des voies urinaires.....
Clinique d'accouchements.....
Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....

M. DEBOVE.
MM.
POIRIER.
CH. RICHET.
GARIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD.
BOUCHARD.
HUTINEL.
BRISAUD.
LANNELONGUE.
CORNIL.
MATHIAS DUVAL.
BERGER.
POUCHET.
GILBERT.
PROUST.
BROUARDEL.
DEJERINE.
CHANTEMESSE.
LANDOUZY.
HAYEM.
DIEULAFOY.
DEBOVE.
GRANCHER.
JOFFROY.
GAUCHER.
RAYMOND.
TERRIER.
DUPLAY.
LE DENTU.
TILLAUX.
DE LAPPERSONNE.
GUYON.
PINARD.
BUDIN.
POZZI.
KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM	MM.	MM
ACHARD.	FAURE.	LEGRY.	RIEFFEL (chef de
AUVRAY.	GILLES DE LA	LEGUEU.	travaux anatomiques)
BEZANÇON.	TOURETTE.	LEPAGE.	TEISSIER.
BONNAIRE.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THIERY.
BROCA Auguste.	GOUGET.	MAMON.	THIROLOIS.
BROCA André.	GUIART.	MERY.	THOINOT.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKI.	VAQUEZ.
JUNEO.	JEANSELME.	RENON.	WALLICE.
DEMELIN.	LANGLOIS.	REMY.	WALTHER.
DESGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD.	WIDAL.
DUPRE.			WURTZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

Meis et Amicis

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DU CASTEL

Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Professeur à la Faculté de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Si le traitement de la syphilis, tel qu'il est compris à l'heure actuelle, ne comporte pas de dangers, il n'en est pas moins vrai que la stomatite occupe encore une grande place dans l'histoire du mercure et de ses composés. Stomatites communément bénignes, mais qui en certains cas prennent une allure grave et déconcertante, cas dans lesquels on ne peut incriminer le savoir ni l'attention du praticien, mais plutôt le choix de la méthode, joint souvent au terrain le plus défavorable.

Pendant notre année d'externat à l'hôpital Saint-Louis, nous avons été témoin de plusieurs faits de ce genre, et notre but en les quelques pages qui vont suivre sera d'exposer la variété de cette stomatite phagédénique, véritablement maligne, obscure dans sa genèse et d'autant plus redoutable qu'elle survient brusquement sans aucun prodrome et acquiert d'emblée une intensité remarquable, aboutissant à des complications sérieuses, entraînant parfois une issue fatale.

Mais avant d'entrer en cette étude, qu'il nous soit

permis de porter l'hommage le plus respectueux à ceux de nos maîtres qui ont fait de nous ce que nous sommes : aux regrettés professeurs de l'école de Rennes qui guidèrent nos tout premiers pas, et à ceux qui dans la suite eurent à cœur d'accroître le petit bagage pratique que les premiers nous avaient inculqué. Qu'ils agréent l'expression de notre vive reconnaissance pour les préceptes que nous avons puisés près d'eux et l'intérêt bienveillant qu'ils nous ont toujours porté.

A notre arrivée à Paris, nous eûmes l'heur de suivre le service de M. le Professeur de Lapersonne, dont nous n'oublierons jamais l'enseignement bienveillant autant que dévoué.

De même nous nous souvenons toujours avec émotion des quelques mois passés près du docteur Guinon à l'hôpital Trousseau, mois trop courts à notre gré, mais fructueux et captivants, s'il en fût.

Que notre maître, le docteur Auvard, accoucheur des hôpitaux, veuille bien agréer aussi notre respectueux souvenir des sages avis cueillis près de lui.

Nous remercions particulièrement le docteur Gastou, chef de clinique à Saint-Louis, qui mit à notre disposition son temps et ses connaissances et dont l'amabilité ne s'est jamais démentie.

Nous sommes heureux aussi de redire à M. le docteur du Castel, le maître vénéré qu'il fût pour nous pendant l'année passée près de lui, prodiguant sans cesse les meilleurs de ses conseils et son appui le plus bienveillant. Qu'il veuille bien agréer la double dette que nous

avons contractée vis à vis de lui, de reconnaissance et d'affection.

Enfin, il nous a été donné d'avoir, au début de nos études, un guide non moins dévoué que les autres, qui nous soutint et ne nous ménagea pas son expérience : il n'est point besoin de dire ici quelle affection son neveu lui gardera.

M. le professeur Gaucher a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse : qu'il reçoive nos plus respectueux remerciements.

OBSERVATIONS

Le mercure, même à doses modérées, même sagement et prudemment administré, est, avons-nous dit, loin d'être inoffensif : il a ses inconvénients, ses dangers, et la stomatite en est de tous l'accident le plus commun.

Mais que sont habituellement ces stomatites : des gingivites simples développées soit au niveau des dents médianes inférieures, soit autour d'une dent en mauvais état, irritant chroniquement la gencive, soit encore le décollement de la gencive des dernières molaires (décollement retro-molaire). Ces dernières, enflammées, deviennent rouges, purpuriques même, elles sont boursoufflées, tuméfiées ; les dents semblent déchaussées, il se produit parfois des excoriations, des érosions ou même des ulcérations véritables.

Le processus phlegmasique se continue-t-il, et l'on peut voir s'accroître la gingivite, les dents se recouvrir plus ou moins d'un enduit pultacé épais, le pus se faire jour après avoir décollé la gencive. La langue elle-même n'échappe pas toujours à l'inflammation : douloureuse,

tuméfiée, excoriée, elle garde l'empreinte des dents, et présente parfois une blancheur neigeuse caractéristique, d'après Fournier, sur sa face dorsale; la muqueuse des joues peut même être atteinte; et ainsi se trouve constituée la stomatite diffuse banale, la plus grave, quoique bénigne encore, parmi celles qu'il nous est donné de rencontrer aujourd'hui.

Toutefois, à côté de ces intoxications légères, l'on voit, dans certains cas, éclater des accidents véritablement sérieux et alarmants. Deux méthodes thérapeutiques exposent surtout à ces plegmasies graves : la méthode des frictions, aux dangers bien connus et largement étudiés; et, en second lieu, la méthode par les « injections de sels mercuriels insolubles » dont l'étude n'a point encore abouti à des conclusions fermes : méthode non moins dangereuse que la première à notre avis, à l'appui duquel nous allons citer quelques faits des plus probants.

OBSERVATION I

Hallopeau. *Bulletin médical*, 1883.

Un fait clinique est venu tout récemment mettre en évidence le danger que nous venons de signaler.

La nommée Ch., âgée de 27 ans, entre le 11 juillet 1888, salle Lugol, atteinte d'une stomatite intense. Elle nous rapporte qu'on lui a fait à 8 jours d'intervalle, dans une clinique de la ville, 5 injections d'huile mercurielle ainsi composée : mercure métallique 9 grammes; lanoline 6 grammes; huile d'amandes douces 15 grammes. La dernière injection date du 8 juillet;

la dose a été pour les deux premières de 1 cent. cube, pour les deux dernières de 1 demi cent. cube.

La stomatite a débuté il y a 4 jours, elle est des plus intenses.

Salivation constante, abondante et extrêmement fétide : les muqueuses de la langue, des gencives, des lèvres, des joues sont recouvertes d'un épais détrit, sous lequel on trouve des exulcérations : la langue tuméfiée ne peut être expulsée hors de la cavité buccale ; la parole est très embarrassée et la déglutition considérablement gênée ; les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés.

L'on voit au niveau de 2 piqûres des masses volumineuses, douloureuses à la pression, la peau est rouge à leur niveau.

Malgré un traitement actif par le chlorate de potasse intus et extra, la situation s'aggrave les jours suivants. La parole et la déglutition deviennent impossibles. Nous devons recourir pour l'alimentation aux lavements de peptone. Les phlegmons consécutifs aux injections et les abcès s'ouvrent.

Le 28 juillet, la malade éprouve, sans doute par le fait de la tuméfaction de la langue, une suffocation dont l'intensité devient telle qu'on croit être contraint de pratiquer la trachéotomie.

Le 1^{er} août, la dyspnée est moindre, mais la déglutition est toujours difficile et la parole très embarrassée. La malade constamment anxieuse et agitée se lamente, et répète qu'elle va mourir ; les dents sont ébranlées, les gencives exulcérées, la salive expulsée est mélangée de sang.

Le 10 août, la stomatite persiste avec moins d'intensité.

Le 21, la muqueuse buccale est toujours très malade : la joue gauche est le siège d'un phlegmon étendu. L'alimentation est toujours pénible ; la malade a les traits fortement altérés et a beaucoup maigri.

Et Hallopeau ajoute : « La production de semblables accidents nous paraît inévitable chez un certain nombre de sujets auxquels on appliquera l'huile grise ; car l'intolérance idiosyncrasique à l'égard du mercure est loin d'être rare et ce seul fait doit suffire à le faire rejeter. »

OBSERVATION II

Renault. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1894

Il s'agit d'une malade soumise au traitement par injections d'huile grise. 3 piqûres, doses non connues ; la date même ne peut être précisée, mais la dernière piqûre fut faite probablement du 10 au 15 juin.

La malade sort bien portante quand, le 21 juillet, *plus d'un mois après*, cette femme se présente avec une stomatite épouvantable.

La face est bouffie, violacée ; la bouche entr'ouverte. Les lèvres sont tuméfiées, une salive abondante et infecte s'écoule sans cesse de la cavité buccale.

Examine-t-on la région malade, ce qui ne peut se faire qu'avec la plus grande difficulté, l'on aperçoit de vastes détritus blanc jaunâtre qui recouvrent les gencives, la langue, la muqueuse des joues ; les gencives sont absolument ramollies, les dents déchaussées. Bref j'imagine que les stomatites souhaitées par les syphiligraphes d'autrefois à titre de preuve d'efficacité du médicament ne devaient guère être plus graves.

La parole est impossible, la situation est aggravée par la difficulté que cette malheureuse éprouve à respirer ; ce qui s'explique aisément par le gonflement de la muqueuse buccale.

Et, commentant cette observation, Renault parle du moral plus profondément atteint peut-être que le physique : agitation continuelle, lamentations, insomnie, cauchemars terrifiants. Je ne m'imaginai pas, dit-il, une stomatite mercurielle capable de retentir ainsi sur l'état général. Ce qui démontre que le traitement par les injections massives est un moyen dangereux en principe.

OBSERVATION III

Renault. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1897, Sous le titre de : *Nouvel exemple de stomatite intense, tardive, compliquée d'hématémèses et de melœnas à la suite d'injections de sels insolubles.* (Tuberculose consécutive).

La nommée C. R...., âgée de 23 ans, entre à l'hôpital Broca
Antécédents héréditaires : nuls.

A. Personnels : pas de tuberculose (remarque importante).

En 1895, elle prend la syphilis ; présentant les lésions habituelles de cette affection : céphalée, alopecie, syphilides papulo crouteuses, surtout syphilides palatines, amygdaliennes et linguales, etc. Elle va trouver un de nos collègues de Saint-Lazare, M. Le Pileur, qui fait en un mois 4 injections d'huile grise, 1 par semaine.

Résultat excellent ; néanmoins, peu reconnaissante envers son médecin, la malade, quoique indemne d'accidents et mal conseillée, s'adresse à un autre chef de Saint-Lazare, qui, dans un but vraiment préventif, pratique pendant 4 mois une injection de calomel par semaine. Au cours du traitement, d'après la malade, les ongles des doigts et des orteils se fendillent. Elle retourne alors chez M. Le Pileur qui croit utile de revenir aux injections d'huile grise et fait une nouvelle série de 4 piqûres à raison de 1 par semaine ; le fendillement des ongles s'arrête et la malade cesse tout traitement. Dernière injection vers le 15 mai.

Le 1^{er} juillet, C... R. entre à Broca accusant des douleurs très vives dans l'abdomen qui persistent depuis 12 jours environ ; le surlendemain métorrhagie abondante, les pertes continuent pendant quelques jours, puis les douleurs se calment.

Le 4, (*c'est-à-dire plus de 1 mois* 1/2 après la dernière injection d'huile grise) la malade se plaint de souffrir de la bouche.

En examinant la cavité buccale, l'on découvre des plaques blanc grisâtres, multiples, tapissant les gencives, le voile du palais, la langue, et s'étendant même jusqu'à l'isthme du gosier. C'était le début d'une stomatite effroyable. Je ne m'attarderai pas à en décrire les symptômes mais seulement quelques particularités.

D'abord il y avait une telle constriction des mâchoires que la malade pouvait à peine desserrer les dents ; la langue collée contre le plancher de la bouche était absolument immobile, d'où impossibilité d'articuler les mots et de communiquer ses impressions autrement que par des signes de détresse. Il était aisé de comprendre aux contorsions du visage et à la position des mains appuyées sur les tempes que les douleurs insupportables de la gorge irradiaient vers les oreilles. Inutile d'ajouter que la déglutition presque impossible ne permettait pas l'alimentation ; aussi l'amaigrissement et la faiblesse ne tardèrent pas à prendre des proportions inquiétantes.

Pendant quinze jours, l'état persiste à ce degré de gravité, malgré le traitement le plus actif. Remarquons à ce propos le faible pouvoir de nos moyens d'action quand la stomatite atteint une telle intensité.

Le 19 seulement, l'amélioration commence : les mâchoires commencent à s'écarter, la langue peut se mouvoir légèrement, la salivation est moins abondante et l'état général meilleur.

L'examen de la bouche impossible, jusque-là, montre des détritits jaunâtres recouvrant toute la muqueuse buccale, la langue et le naso-pharynx.

Pendant le mois d'août les signes de stomatite s'effacent lentement, la bouche se déterge et la salivation disparaît.

Cette stomatite s'accompagna d'hématémèses, de méléenas et fut suivie de lésions pulmonaires, expiration soufflante et prolongée au sommet droit.

Rien dans les urines. Foie semble intact.

Donc la stomatite a ouvert la scène, puis le poison continuant ses effets corrosifs a déterminé les accidents signalés à la fin. On remarquera la dose considérable de mercure absorbée par ce sujet permettant d'expliquer la gravité de cette stomatite.

OBSERVATION IV (inédite).

La nommée B..., âgée de 18 ans. entre à St-Lazare, le 5 septembre 1902, présentant comme accidents principaux des syphilides buccales récidivantes. Le 15 septembre 1902 l'on fait une injection de 7 centig. d'huile grise.

Immédiatement après cette unique injection, la malade voit se déclarer une stomatite fort grave.

Haleine fétide, salivation très abondante. tuméfaction des gencives, avec érosions et concrétions pultacées de la muqueuse des joues

Le 14 octobre 1902, la malade peut à peine ouvrir la bouche, et ne peut parler ; se plaint de douleurs très vives ; mastication impossible, seuls les liquides passent encore mais péniblement.

La langue est augmentée de volume, recouverte d'un enduit très épais jaune grisâtre, adhérent. Les bords de la langue, ulcérés profondément au niveau des dents sont recouverts de la même bouillie pultacée.

Au centre de la langue exulcérations vastes, présentant un enduit plus épais et lardacé. L'haleine est d'une fétidité extrême, bouffissure du visage. teint jaune et mat, amaigrissement notable.

Cet état dure deux mois et demi. Petit à petit l'état s'améliore, les lésions buccales se guérissent en commençant par les bords de la langue.

Le 6 novembre, le milieu de la langue va mieux, les bords de celle-ci semblent encore ulcérés et déchiquetés. La guérison

complète ne s'effectue qu'en janvier 1903, c'est-à-dire près de 4 mois.

Rien dans les urines.

Remarque. — La malade avait déjà reçu en juillet-août 1902 4 injections d'huile grise.

OBSERVATION V (Inédite)

Le nommé X..., comptable, atteint de tabes au début, se présente à la consultation de l'hôpital St-Louis, pour y être traité, sur sa demande, par les injections d'huile grise.

L'élève chargé du traitement se sert d'une huile qu'il croit titrée à 10 pour cent. tandis qu'elle était réellement au titre de 40 0/0 et fait chaque semaine 2 injections de cette solution de 1/2 cmc. chacune. Ce qui correspond à 1 cmc. par semaine.

Le malade recut 8 piqûres de cette huile grise à 40 0/0 dans l'espace de un mois. Dose considérable comme on le voit puisque un centimètre cube de solution au quarantième égale environ 0,50 centig. de mercure.

Suivant l'usage, la bouche était minutieusement inspectée à chaque piqûre. d'autant plus que certaines dents étaient en fort mauvais état.

Donc la 8^e piqûre fut faite un jeudi. quand, le lundi suivant, 4 jours après. le malade se présente dans un état lamentable, chancelant, courbaturé, avec fièvre intense, yeux caves, teint blafard ; il raconte que depuis 2 jours il souffre d'une diarrhée profuse avec douleurs de ventre intolérables ; qu'il n'a aucun appétit, qu'il ne peut dormir, ou s'il dort qu'il a des cauchemars épouvantables, etc., etc.

A l'examen de la cavité buccale, l'on découvre de larges ulcérations au niveau des joues, sur la voûte palatine. sur les piliers et la luette, recouvertes de productions pultacées sanguinolentes,

la langue tuméfiée, est recouverte d'une sorte de fausse membrane opaline ; gencives enflammées et sensibles, haleine fétide et salivation abondante.

Le malade revient quelques jours plus tard et l'on constate que la bouche n'est plus qu'une vaste plaie : engorgement ganglionnaire manifeste.

La langue énorme s'étale entre les arcades dentaires qui y produisent leur empreinte sous forme d'excoriations profondes : la muqueuse des joues se sphacèle par lambeaux expulsés avec la salive, les piliers et le voile du palais disparaissent sous une nappe purulente y adhérent.

L'on remarque au niveau de la grosse molaire inférieure droite une ulcération étendue, cratériforme à bords déchiquetés, creusée de plusieurs millimètres avec fond inégal tapissé d'un enduit purulent très épais : ulcération que l'on pût croire épithéliomateuse. Gencives ulcérées et saignantes avec pyorrhée abondante : dysphagie intense, trismus, déglutition impossible, le malade peut à peine souffler quelques mots. Les symptômes généraux loin de s'atténuer font redouter une complication fatale.

Enfin avec l'aide d'injections de sérum artificiel répétées une détente se produit et une amélioration lente se manifeste. Pendant trois mois l'affection suivit son cours et malgré le traitement ponctuellement observé il y eut trois récidives qui s'espacèrent très régulièrement à un mois d'intervalle environ.

Durant cette stomatite maligne, l'on remarqua que les piqûres avaient laissé aux points où elles avaient été faites autant de nodosités absolument indolores (non abcédées par conséquent), que l'on peut considérer comme autant de réservoirs où le mercure s'est accumulé pour s'éliminer brusquement et simultanément. En effet il est à noter que malgré la dose énorme de mercure absorbée par le malade il n'y eut aucun incident prémonitoire, l'intoxication s'étant faite brusque-

ment : d'ailleurs nous vîmes la rétrocession des accidents coïncider avec la disparition des nodi.

La dernière fois que nous avons vu le malade, plus de trois mois après le début de ses accidents, la guérison était loin d'être complète ; fut-elle enfin obtenue ou une dernière attaque fut-elle fatale au malade tellement étaient graves les accidents généraux qui accompagnaient cette stomatite : nous n'avons pu le contrôler.

OBSERVATION VI (Inédite).

Le nommé D... , étudiant, 24 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis pour lésion destructive de la langue, faisant craindre une hémorrhagie grave qui nécessiterait une intervention immédiate.

Ant. hérédit. Nuls.

Ant. personnels. A 5 ans le malade est atteint d'ictère probablement infectieux ; puis à 15 ans d'une nouvelle poussée du côté du foie avec céphalalgies fréquentes, pesanteur dans l'hypocondre droit, digestions pénibles, teinte subictérique des conjonctives, phénomènes de nervosisme : le médecin consultant lui croit tendance à une affection du foie. A 19 ans, blennorrhagie qui passe à l'état chronique et dure près de 3 années malgré traitement.

Une remarque importante est que le malade avait de naissance une langue spéciale creusée de sillons et de rhagades (langue scrotale) ?

Histoire de la maladie. — Un matin vers le 15 décembre le malade en se réveillant aperçoit sur la langue une petite ulcération de minime étendue et de gêne légère à laquelle tout d'abord il n'attache aucune importance, mais peu à peu l'ulcé-

ration s'accroît et se transforme en quelques jours en une petite plaque de la grandeur d'une pièce de 20 centimes, recouverte d'une fausse membrane jaunâtre; bientôt une nouvelle ulcération de même aspect se montre à la pointe de la langue. Le 22 à son réveil le malade constate un gonflement considérable du cou; et un médecin consulté à ce moment fait le diagnostic d'herpès et prescrit un gargarisme au salol.

Mais l'amélioration ne se produisant pas et la lésion devenant plus caractéristique, chancre de la langue, le malade est soumis au traitement mercuriel. 2 pilules de protoiodure de mercure par jour et gargarismes répétés.

Effet thérapeutique nul. et après l'absorption d'une quinzaine de pilules l'on constate que les 2 plaques se sont réunies et recouvertes d'un enduit jaunâtre épais.

Suppression des pilules et injections de calomel, avec 4 grammes d'iodure de potassium par jour. Le malade reçoit 6 injections, 1 par semaine et à chaque injection assez douloureuses d'ailleurs l'on augmente la dose jusqu'à 0 gr. 10 cent. à la fois.

Loin de rétrocéder, le processus ulcéreux ne fait qu'augmenter aboutissant à une destruction presque complète de la pointe de la langue. C'est dans cet état que notre sujet entre à Saint-Louis le 18 février complètement anéanti avec facies pâle, mat, teint légèrement ictérique, maigreur remarquable de la face, dépressions temporales profondes, amaigrissement notable et général; léger état fébrile le soir.

Localement — la bouche est entr'ouverte et il s'en écoule constamment une salive filante, visqueuse, en quantité considérable, le malade crachant en quelque sorte toute la journée et toute la nuit: haleine horriblement fétide — Dans la bouche l'on aperçoit une langue dont il manque le tiers antérieur présentant des sillons profonds et une section presque médiane très nette séparant la langue en deux parties, la bifidant: chaque portion voilant les arcades dentaires latérales inférieures correspondantes.

Ulcération limitée par un bord saillant, violacé, le tout recouvert d'un enduit très épais adhérent de couleur blanc jaunâtre avec îlots verdâtres et stries sanguinolentes.

Les piliers du voile du palais sont érodés, le pilier gauche en particulier présente une ulcération vaste et dentelée de son bord flottant tapissée du même enduit purulent : rougeur vive du pharynx.

Les gencives inférieures, tuméfiées sont décollées, rouges, sensibles avec pyorrhée abondante ; cette inflammation ne se voit en quelque sorte qu'à la face interne du maxillaire inférieur, le malade ayant l'habitude de brosser surtout leur face antérieure.

Cet état s'accompagne d'inappétence absolue : la déglutition est impossible ; le malade souffle sa salive à travers les mâchoires contractées pour éviter les mouvements de la langue ; se refuse à parler : souffre de douleurs continues, avec exacerbations au moindre mouvement et irradiations terribles aux oreilles.

L'étendue des lésions, leur siège, la glossite concomitante font porter le diagnostic de stomatite mercurielle. L'on supprime tout mercure et le traitement suivant est établi :

Sérum artificiel 200 grammes chaque jour : lavement avec 6 grammes de chlorate de potasse : matin et soir lavement nutritif avec lait 1/4 de litre et 2 jaunes d'œuf : lavage continuuel de la cavité buccale avec eau distillée, tout antiseptique étant douloureux et mal supporté.

Au bout de quelques jours, 28 février, l'amélioration se dessine : l'enduit pultacé qui recouvrait toute la muqueuse buccale est moins abondant, la langue diminuée de volume, se meut quelque peu ; les souffrances sont plus tolérables, quelques heures de sommeil succèdent à l'insomnie complète des premiers jours.

Le 4 mars, le mieux est sensible ; l'enduit purulent n'existe plus très épais qu'aux deux extrémités sectionnées de la lan-

gue; les bords saillants de l'ulcération se sont affaissés et rapprochés, la langue ne déborde plus les arcades dentaires.

A cette date les ulcérations ecthymateuses que le malade présentait aux bras et surtout aux deux jambes sont complètement cicatrisées, sauf une à la partie interne du genou droit, et une seconde à la face interne du creux axillaire droit.

L'on commence les attouchements de la langue au naphthol camphré. L'état général s'améliore; les forces reviennent peu à peu.

Le 10 mars. La langue se déterge rapidement laissant voir l'étendue des lésions; c'est-à-dire la destruction de la partie antérieure médiane de la langue, une sorte d'éclatement latéral de cet organe: bourgeons charnus commençant à combler l'espace laissé vide entre les 2 parties séparées.

On vit dès cette époque qu'il fallait un temps considérable avant la guérison complète de cette stomatite destructive à un haut degré. Dans les premiers jours d'avril, le malade put commencer à absorber quelques liquides, lait, crème, purée, etc., la langue se reformait petit à petit tendant à reprendre son volume et sa forme primitive. Après une rechute qui dura plus de 8 jours encore, la guérison s'annonça définitive. L'on fit en tâtonnant pendant 15 jours une injection de benzoate de mercure qui sembla hâter la guérison. A notre sortie du service, le 15 mai, le malade que nous avions traité nous-même, depuis son entrée, possédait encore une fente médiane de la langue qui achevait de se combler, la parole était facile, et au moral, si affecté du début, succédait une joie que l'on comprendra fort bien.

L'analyse des urines ne donna aucune trace d'albumine, seulement une diminution légère de l'urée. La recherche du mercure par filtrage sur spirale de cuivre après oxydation des matières organiques, chauffage de la spirale au voisinage d'un cristal d'iode a donné nettement l'anneau rouge orangé d'iode de mercure, un mois 1/2 après la cessation de tout traitement mercuriel.

L'analyse du sang a montré une diminution faible du nombre des globules rouges, également des leucocytes.

Dans la bouillie pultacée qui recouvrait la langue, l'on a constaté des microbes nombreux et variés : streptocoques à grains ronds, staphylocoques, leptothrix, bacilles à bouts effilés, etc. Les cultures ont donné sur agar du staphylocoque doré pur.

Nous ferons remarquer à propos des cultures pratiquées avec le pus de ces stomatites, que bien souvent les colonies microbiennes ne se développent pas, le mercure éliminé avec la salive jouant le rôle d'antiseptique et d'empêchant. Aussi ne peut-on attribuer une spécificité microbienne quelconque à la stomatite dont nous nous entretenons, les cultures restant stériles le plus souvent, et l'examen direct permettant de reconnaître l'existence de tous les germes et parasites habituels de la bouche.

OBSERVATION VII (Inédite).

M. X..., 38 ans, contracte la syphilis en février 1894. Chancre induré en mars : siège sur la verge. En avril roséole très intense.

Traité aussitôt, il supporte mal les pilules de protoiodure de Hg à 0 gr. 05 centigrammes prescrites par M. Fournier.

En même temps que la roséole, coryza intense avec épistaxis, sensibilité intense dans les narines. On pense à ce moment à plaques muqueuses nasales, mais le malade a pris une dose bien faible d'iodure de potassium et présente de l'acné iodique.

30 mai. Herpès de la verge.

Le malade suit toujours son traitement, l'éruption a disparu.

15 juillet. Herpès du gland. Nouvelle prise d'iodure, coryza. Le malade exagère plutôt son traitement. C'est un excité, névropathe, vie de cercle, désœuvré mais intelligent et actif. Sa femme n'a pas été contaminée, mais présente des lésions bacillaires des poumons.

30 novembre 1894. Glossite décapillante. On défend le tabac et l'alcool.

1^{er} mars 1895. Récidive de glossite décapillante. Syphilide ulcéro-croûteuse superficielle de l'oreille droite. Continuation des pilules (2 par jour à 0,05 cent.) et alternance avec l'iodure (1 gr. par jour). le malade ne pouvant en supporter davantage.

31 mai. Avait cessé le traitement depuis le 1^{er} mai.

Récidive de glossite. En outre leucoplasie marginale linguale-séborrhée auriculaire.

12 juillet 1895. Après une légère amélioration la langue desquame à nouveau, à tel point qu'on croirait à la scarlatine. Même état de l'oreille.

Le malade continue à mener une vie assez agitée; il reprend son traitement, part à la campagne jusqu'en avril 1896.

13 avril 1896. Les mêmes accidents de la langue se sont reproduits à plusieurs reprises, mais n'ont pas empêché le malade de chasser, tout en se traitant de même façon (pilules et iodure).

Il a un mauvais état gastro-intestinal, il continue du reste à fumer, il a à plusieurs reprises eu des récides d'herpès de la verge, et des syphilides isolées et discrètes sur le corps.

12 juillet. Légère stomatite mercurielle. Interruption du traitement. En dehors de la localisation des accidents à la langue, l'état général est bon, il n'y a aucun trouble nerveux et la syphilis est en somme à accidents persistants et tenace, persistante au même point, mais bénigne.

29 septembre 1897. Perdu de vue pendant quelques mois, le

malade a conservé sa stomatite qu'il dit s'être améliorée par l'usage de liqueur de Van Siweten en bains de bouche.

Il a cessé son traitement depuis 3 mois, en 1898, mêmes alternatives de poussées linguales. le malade ne pouvant plus supporter de traitement interne, on fait des injections de biiodure de mercure et de iodure de potassium associés.

En 1899, devant la persistance des accidents de la langue, M. Fournier conseille les injections de calomel à la dose de 0 gr. 05 par injection. Elles sont bien supportées, la langue s'améliore de plus en plus; à la suite de la 6^e injection, le malade part.

Vers la fin de 1898 récidence des accidents linguaux.

Les injections de calomel sont reprises, mais agissent moins bien.

Le malade pendant qu'il est soumis à ces injections va à l'insu du médecin traitant trouver un confrère qui fait des injections d'huile grise.

A ce moment survient comme une poussée de tuméfaction de tous les nodj anciens des injections antérieures de calomel.

Les fesses sont tuméfiées en masse.

Février 1899. Quelques jours après éclatent brusquement des accidents buccaux qui prennent d'emblée une grande intensité.

Il faut cependant mentionner qu'une semaine ou deux avant ces accidents, il y avait eu, au niveau de la première molaire gauche supérieure, une petite nodosité avec exulcération et qu'une fluxion de la joue gauche s'était produite.

Sans qu'il se soit produit d'autres phénomènes que cette fluxion; brusquement en mars apparaît un exsudat épais, blanc, d'aspect filamenteux, sur le voile du palais, à gauche, entre la luette et le pilier postérieur. Cet exsudat gagne les deux tiers de la partie gauche du voile du palais. Tout autour se fait une zone rougeâtre qui délimite peu à peu un sillond'élémination. En effet rapidement sous l'exsudat se fait une escharre; la cavité buccale devient rouge, la muqueuse se tuméfie, la langue est énorme, la salivation apparaît sans gingivite notable. Le

malade ne peut plus ni manger, ni dormir. Il cherche à plusieurs reprises à se suicider, tellement les douleurs sont atroces. Aucun traitement local ne peut arriver à modifier l'état de la muqueuse. En même temps les fesses se tuméfient et tous les nodi réunis ne forment qu'une vaste tuméfaction. Enfin l'escharre tombe et le malade amaigri, cachectisé, guérit avec des adhérences palatines légères après près de quatre mois de souffrance.

A aucun moment, il n'y a eu de diarrhée, ni d'autres phénomènes d'intoxication générale grave.

Dans presque toutes les observations que nous venons de mettre sous les yeux : nous ne pouvons passer sous silence le fait de la quantité considérable de mercure injecté, par erreur ou par faute du sujet lui-même. De là, la gravité exceptionnelle des accidents que l'on y trouve décrits.

SYMPTOMATOLOGIE

De l'exposé de ces observations, l'on dégage aisément l'étude clinique, la marche et la terminaison des accidents que nous venons de décrire. En effet : loin de revêtir les formes, et de suivre la marche habituelle des phlegmasies buccales que l'on rencontre dans tout autre procédé de mercurialisation (les frictions excepté), la stomatite qui accompagne ou suit le traitement par injections de sels insolubles présente une modalité spéciale, et des symptômes tout différents.

- 1° Elle est brusque dans son invasion ;
- 2° Se généralise d'emblée à de larges surfaces ;
- 3° Présente des symptômes d'une acuité exceptionnelle.

4° S'accompagne de phénomènes généraux d'une intensité remarquable, et d'un pronostic souvent très rapidement fâcheux.

5° Demande une convalescence fort longue, qui n'est pas toujours suivie du *restitutio ad integrum*.

6° Est sujette à des récidives, à intervalles parfois

éloignés et sans intervention d'un traitement nouveau.

Malgré la surveillance la plus attentive et l'hygiène buccale la plus sérieuse, dans l'espace de quelques heures parfois et sans les préludes que l'on a coutume de rechercher au cours de la médication (chaleur insolite de la bouche, fétidité de l'haleine, goût métallique, salivation; plus tard gingivite, stomatite génienne, ou décollement rétro-molaire), éclate une inflammation violente et étendue de la bouche, surprenant le malade autant que son médecin lui-même.

Brûlant les étapes et les périodes qu'on lui assigne d'ordinaire en clinique, elle conduit du jour au lendemain le sujet de l'état le plus satisfaisant à celui le plus précaire.

Une particularité nouvelle est que ces accidents soudains se produisent fréquemment longtemps après la cessation du traitement, alors que médecin et malade, heureux du résultat obtenu, attendent avec quiétude une amélioration rapide. Nous avons vu, en lisant les observations précédentes, les malades sortis pleins d'espoir, revenir après huit jours, quinze jours, un mois et plus encore, porteurs d'une stomatite très grave ne datant que de 24 ou 48 heures.

Gaucher, dans le Bulletin de la Société médicale des hôpitaux du 17 novembre 1899, parlant d'un malade atteint d'intoxication mercurielle et qui quatre mois auparavant avait reçu trois injections de calomel, dit :
« On pourra s'étonner que l'empoisonnement ne se soit
« produit qu'au bout d'un temps aussi long : mais on

« sait que la dissolution des sels mercuriels insolubles
« dans les tissus se fait d'une façon très irrégulière.
« Les masses injectées peuvent s'enkyster et rester
« longtemps inertes pour se dissoudre ensuite toutes
« ensemble et très rapidement. »

Et loin de se limiter aux principaux foyers que nous énoncions précédemment, elle envahit une étendue considérable de la cavité buccale et cela d'emblée, ne respectant ni la langue, ni les amygdales, ni le voile du palais et ses piliers, voir même le naso-pharynx : et l'on se trouve tout à coup en présence de symptômes véritablement pénibles et inattendus.

Ce sont des douleurs parfois intolérables avec irradiation à l'une ou aux deux oreilles : une difficulté très grande, souvent l'impossibilité d'ouvrir la bouche, d'articuler les mots, d'absorber le moindre aliment, même liquide, nécessitant l'alimentation par la sonde ou la voie rectale ; de la dyspnée avec anxiété respiratoire pouvant motiver une intervention urgente :

(Ex. : cas de Hallopeau où l'on crut longtemps ne pouvoir éviter la trachéotomie).

Joignons à cela des symptômes objectifs effrayants. Horrible fétidité de l'haleine qui, de loin, autorise le diagnostic : écoulement surabondant et incessant de salive filante mêlée de pus, et parfois de stries sanguinolentes : tuméfaction considérable de la muqueuse des lèvres, des joues, des gencives, le tout recouvert par places de plaques d'aspect diphtéroïde, jaunâtres, épaisses, laissant à nu des surfaces ulcérées. Bientôt la phlegmasie redouble d'intensité ; des productions grisâtres envahis-

sent la face interne des joues, le vestibule, les piliers, voilant la luette et les amygdales ; et au-dessous l'on découvre de larges ulcérations, des crevasses plus ou moins profondes, des lambeaux qui se sphacèlent et se nécrosent à la façon d'un noma.

Communément à cette stomatite gangréneuse, s'associe une glossite qui ne lui cède en rien comme gravité : glossite parenchymateuse avec abcès ou gangrène. La langue augmentée de volume, tuméfiée, recouvre les arcades dentaires et s'ulcère à leur contact. Ne pouvant être contenue dans la cavité buccale, elle vient faire hernie à l'extérieur et pend au-devant du menton, recouverte d'une bouillie putrilagineuse épaisse, quelquefois de véritables fausses membranes lardacées : des portions plus ou moins grandes de sa face dorsale, en particulier, se sphacèlent ; il peut s'en détacher des lambeaux mortifiés noirâtres, laissant des cavités profondes, anfractueuses, saignant au moindre contact et pouvant amener des hémorrhagies graves. Une périostite intense atteint les alvéoles, ébranle les dents, donnant lieu à un écoulement de pus abondant sous les gencives décollées.

« Que l'inflammation se propage aux articulations
« temporo-maxillaires, et le sujet ne peut plus ouvrir la
« bouche ; au pharynx, et l'on peut observer de la sur-
« dité plus ou moins complète si les trompes sont at-
« teintes ; des accès de suffocation ou d'œdème de la
« glosse, si les replis aryténo-épiglottiques sont le siège
« d'infiltration inflammatoire. » On peut y joindre le

gonflement des glandes salivaires, avec engorgement ganglionnaire périmaxillaire considérable.

De semblables lésions, des destructions aussi étendues ne sont pas sans retentir violemment sur l'état général de ces malheureux sujets. C'est une diarrhée profuse ; des troubles dyspeptiques rebelles ; du défaut de nutrition, de l'insuffisance de l'alimentation naît un état de faiblesse remarquable, une émaciation, un amaigrissement notable, une anémie profonde ; la fièvre s'allume ; les malades en proie à l'insomnie, tourmentés par des cauchemars, atteints parfois de délire, de dépression nerveuse la plus accentuée, tombent en l'adynamie la plus complète ; d'aucuns succombent même à cet ébranlement de l'organisme et la statistique n'a pas retenu moins de vingt cas de mort, à la suite du traitement par les injections de sels insolubles, calomel et huile grise en particulier.

Le pronostic est toutefois rarement fatal, mais la convalescence est lente à se manifester et les troubles fonctionnels que nous venons de passer en revue persistent pendant fort longtemps.

« Le mercure si mal toléré par l'organisme y détermine les troubles nutritifs et les désordres envisagés précédemment ; puis quand l'action du toxique tend à s'épuiser les accidents immédiats et graves finissent par céder mais l'économie est lente à réparer les lésions du début ; d'où la persistance des symptômes généraux pendant un temps souvent considérable. »
De plus les malheureux ainsi débilités se trouvent en des conditions de réceptivité remarquables et sont un

terrain favorable à toutes les infections. (Ex. : Nous avons vu un des malades cité par Renault, présenter des lésions tuberculeuses manifestement à la suite d'une stomatite grave.)

Nous ajouterons qu'il est donné d'assister fréquemment à des récidives, particulières en ce sens qu'elles se produisent à des intervalles plus ou moins éloignés et sans que le sujet ait tenté une nouvelle cure mercurielle.

Nombre d'auteurs ont cité des observations de cette nature et l'ont expliquée par ce fait que sous des influences encore indéterminées le mercure, emmagasiné dans les organes et devenu ainsi inoffensif, était repris en quelque sorte par la circulation et donnait lieu de nouveau aux symptômes de l'intoxication aiguë.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

C'est en présence de tels faits que l'on peut se demander quel est le mode d'action, par quel mécanisme se produisent ces lésions phagédéniques mercurielles ; sous quelle influence surviennent ces intoxications graves à la suite des injections de sels insolubles. Mais la réponse est mal aisée, et l'on se trouve encore à l'heure actuelle réduit à des conjectures.

Le but de la méthode de Scarenzio était louable à plus d'un titre. « En effet, ne se traiter qu'une fois par « semaine, pendant un nombre restreint de semaines, « constitue sûrement un programme bien alléchant, un « régime bien préférable à l'absorption quotidienne de « pilules, parfois mal supportées par l'estomac » ; nous ajouterons : à des frictions qui créent un traitement mal-propre, désagréable, exempt de discrétion et fastidieux par sa répétition. « Malheureusement l'introduction brus- « que dans l'économie d'une quantité relativement con- « sidérable de mercure, susceptible de se résorber ra- « pidement, irrégulièrement, n'est pas toujours exempte « de dangers. »

L'on connaît mieux qu'autrefois, mais bien mal encore, les modifications subies par le médicament injecté ; l'on sait de nos jours que le rôle essentiel de la résorption appartient, d'une part à l'albumine, d'autre part aux sels alcalins, en particulier au chlorure de sodium, qui, en état de concentration suffisante dans l'économie, permet les décompositions nécessaires à l'assimilation de ces sels primitivement insolubles. C'est ainsi, pour ne parler que des plus employés, que le calomel se transformerait en mercure métallique et proto-chlorure de mercure d'abord, puis en deuto-chlorure soluble (sublimé) en présence des alcalins ; que le mercure métallique, que l'huile grise, préparation de ce métal en suspension dans l'huile, subirait les mêmes transformations après leur arrivée dans le sang, et leur oxydation au contact de celui-ci.

En réalité nous ne suivons le mercure qu'à une faible distance du point où nous le faisons pénétrer dans les tissus, pour ne le retrouver ensuite qu'au moment de son élimination : « Sur son passage dans l'organisme, « nous n'en sommes réduits qu'à des hypothèses. »

Le danger, en somme, n'est que l'emmagasinement possible du médicament qui, pour certaines raisons que nous ne pouvons soupçonner, ne se résorbera pas, ou le fera trop lentement, et la décharge brusque d'une dose capable de produire des effets toxiques, décharge que toute l'habileté d'un opérateur ne peut enrayer ni prévoir.

Que sera alors le rôle du mercure dans la production de la stomatite ? Ici nous entrons de nouveau dans les

hypothèses et nombre de théories en ont cherché l'explication. Anciennement l'on croyait que le mercure s'éliminant par les glandes salivaires, produisait la salivation et celle-ci la stomatite ; mais comme il n'existait pas toujours de parallélisme entre l'hypersécrétion et l'inflammation buccale, il fallut reconnaître comme primitive l'inflammation de la bouche ; le mercure agissait par l'intermédiaire d'une périostite alvéolo-dentaire qu'il exaltait, et produisait une action réflexe donnant naissance à la salivation.

Vint l'ère bactériologique qui relégua le mercure au second rang. Bockart reconnaît aux bactéries « ce pouvoir de produire les ulcérations de la stomatite, mais « pour cela il faut qu'il y ait primitivement chute de « l'épithélium ou plutôt défaut de régénération au « niveau des crêtes et replis de la muqueuse que les « dents tendent continuellement à érailler : et cette action « empêchante qui appartient en propre au mercure « donne à la stomatite mercurielle sa spécificité étiologique. » Le mercure commence la stomatite, les bactéries la continuent.

Enfin dans une communication basée sur des expériences nombreuses dans la série animale. Maurel en 1894 bâtissait une théorie que l'on pourrait appeler leucocytaire de la stomatite :

« A l'état normal, disait-il, toutes nos muqueuses, la « bouche en particulier, sont peuplées de microbes qui « sont inoffensifs ; s'ils sont inoffensifs, c'est que d'une « part leur degré de virulence est relativement modéré, et « d'autre part que les moyens de défense de l'organisme

« normal s'opposent à l'action nocive du microbe. Or
« parmi les moyens de défense de l'organisme vis à-vis
« du microbe, l'on sait qu'il faut placer en première li-
« gne l'action phagocytaire des leucocytes. Toute subs-
« tance qui affaiblira cette action phagocytaire favorisera
« de ce fait l'action nocive du microbe. »

Le mercure aurait précisément la propriété de diminuer l'énergie des leucocytes : nous savons qu'il détruit d'une manière aisée et rapide les épithéliums buccaux sans résistance et facilement altérables : que de plus il jouit d'une propriété spéciale de préparer le milieu salivaire et de le rendre utilisable aux bactéries.

Aussi pouvons-nous admettre sans peine, que le procédé de mercurialisation par les injections de sels insolubles, qu'il est permis de considérer comme une administration à doses intensives, considérables de ce médicament, ait pour effet de laisser le champ libre aux nombreux microbes dont la bouche est le réceptacle habituel ; d'où l'éclosion de ces stomatites graves

Sous quelles influences verrons-nous éclater ces accidents, et quels sujets y seront plus particulièrement exposés, c'est ce que nous allons envisager maintenant.

Dans la pathogénie du mercure il y a trois points à considérer :

- 1° Le mercure ;
- 2° Les bactéries ;
- 3° Les conditions locales.

Nous venons de voir le rôle que l'on a fait jouer au mercure ; l'action que l'on prête, de nos jours, aux bactéries. Les conditions locales ont aussi leur importance

et sont une prédisposition à la stomatite. C'est une dentition défectueuse ; soit par son altération : carie dentaire, maladies chroniques des gencives, évolution de la dent de sagesse ; soit par son mode d'implantation. Le Pileur a signalé la gingivite spéciale due aux dents trop fortement serrées les unes contre les autres, comme prédisposant à la stomatite.

Certains états pathologiques de la langue sont aussi capables de préparer l'inflammation buccale. En dehors des complications spéciales congénitales de cet organe, qui lui ont valu le nom de langue scrotale, présentant par ses sillons et dépressions une étendue de la muqueuse, plus considérable que normalement, à l'action maligne des bactéries : nous voyons les lésions de la syphilis à toutes ses périodes manifester une influence propice à l'apparition de la stomatite. C'est le chancre lingual comme nous en avons vu un exemple dans l'observation VI. Ce sont les accidents secondaires ; syphilitides linguales tenaces et récidivantes que nous montrent plusieurs des observations précédentes, ce sont enfin les glossites tertiaires scléreuses ou ulcéreuses.

Enfin l'altération des principaux organes chargés de la transformation dans l'organisme ou de l'élimination du produit toxique que l'on y fait pénétrer, est peut-être la cause la plus importante de l'intolérance au mercure.

Tout le mercure non éliminé par les glandes salivaires est rejeté par le rein. Celui-ci, à l'état normal, élimine deux fois plus que les glandes : mais vient-il à ne plus fonctionner ou à fonctionner mal, l'élimination sa-

livraire a un surcroît d'activité, et crée, par conséquent, des dangers plus sérieux.

Broth, Wirt, Galippe ont insisté sur les dangers que présente l'insuffisance rénale, ils ont montré que le mercure cesse de passer dans les urines dès que celles-ci présentent des traces d'albumine. Or, le traitement lui-même, en dehors des néphrites que donne communément la syphilis, est capable d'amener l'adultération rénale, et de provoquer finalement une stomatite d'autant plus grave que le mercure aura été absorbé en plus grande quantité.

D'autre part, certaines préparations mercurielles, le calomel en particulier, ne s'élimineraient paraît-il (voir, Simeray, *thèse*, Lyon, 1894, qu'après avoir subi dans le foie, au niveau de la cellule hépatique, saine, une transformation qui les rendent moins nocives pour l'épithélium buccal. Or, quand le foie est malade, la transformation ne s'opère plus ; le sel est éliminé en nature et la stomatite apparaît.

Donc toute affection du foie, ou toute cause diminuant ou supprimant la perméabilité rénale, états cachectiques, albuminurie, grossesse, etc. ; toutes fares viscérales, en somme, constitueront un motif d'exclusion sans appel au traitement par les injections massives.

Nous ajouterons encore la question du terrain.
« L'antique doctrine du médicament en face d'un organisme ; même la doctrine du *locus minoris resistentiae*
« doivent être retenues par la clinique.

« Enfin, l'on a noté depuis longtemps une intolérance
« individuelle, une certaine prédisposition qu'on n'ex-

« pliquait pas, d'après laquelle en dépit de toutes les
« mesures de prudence la stomatite éclatait fatale-
« ment. » La cause en résidait dans cet élément un peu
mystérieux, difficile à analyser, que l'on distingue sous
le nom d'idiosyncrasie.

Fournier résume ainsi la pathogénie de la stomatite :

« Nous avons tous sur la conscience d'avoir déter-
« miné des stomatites plus ou moins sérieuses, mais
« pourquoi et dans quelles conditions ?

« Parce que d'abord il nous arrive d'avoir affaire à
« des sujets dont la bouche en raison de son déplorable
« état est devenue absolument intolérante pour le mer-
« cure ; parce que nous sommes parfois amenés en face
« de cas de gravité extrême à prescrire le mercure à des
« doses dangereuses : parce qu'enfin il est des sur-
« prises issues d'intolérances idiosyncrasiques, sur-
« prises auxquelles personne ne saurait échapper. »

Nous ne croyons pas sortir de notre sujet, en comparant aux observations récentes, les accidents dont le mercure fut l'agent, au temps jadis, surtout du xv^e au xviii^e siècle. Les auteurs de l'époque, nous montrent le navrant spectacle de ces malheureux, traités suivant un procédé dont les effets toxiques se rapprochent beaucoup de ceux produits par les injections de sels insolubles, nous voulons parler des frictions.

« Communément la tête se gonflait extraordinairement, la
« langue devenait si volumineuse qu'elle ne pouvait plus être
« contenue dans la bouche : la langue et l'intérieur de la bouche
« étaient corrodés, ulcérés ; la carie gagnait les dents et les
« alvéoles avec rapidité : la déglutition devenait impossible, une
« salive infecte coulait jour et nuit avec abondance. Les mal-
« heureux ne pouvaient ouvrir la bouche qu'avec difficulté parce
« que les endroits corrodés s'agglutinaient entre eux en se cicatrisant ; les bords de la langue adhéraient aussi souvent aux
« gencives et aux autres endroits de la bouche...

« Sauleau et Desault parlant d'un jeune homme atteint de
« syphilis et traité par le flux de bouche dit : « La guérison lui
« coûta cher, il ne pouvait plus parler, presque toutes ses dents
« tombèrent, il s'exfolia un morceau d'os de la mâchoire supérieure où sont gravées les alvéoles de deux dents. Il eut des
« coutures qui succédèrent aux ulcères profonds de la bouche,
« qui l'empêchaient de l'ouvrir, qu'on fut obligé de couper

« après le traitement : il lui resta une si grande difformité du visage que personne n'aurait pu le reconnaître. »

De même il est intéressant de rapprocher le tableau des lésions phagédéniques mercurielles de celui que nous offre la nécrose phosphorée. Comme elles, elle s'isole surtout au maxillaire inférieur, est consécutive à une gingivite et à une stomatite intense, comme elles, elle peut être suivie de nécrose. Ce phosphorisme osseux se manifeste au point de vue clinique par les symptômes suivants : odontalgie, suivie de gingivite intense ; les gencives rougissent, deviennent sanieuses, s'enflamment ; les dents se déchaussent et tombent. Les joues violacées se tuméfient, la tuméfaction gagné les lèvres, le visage tout entier parfois ; l'haleine est fétide, une salivation abondante se produit mélangée de pus. Des abcès se forment sous les gencives, s'ouvrent, donnant issue à un pus ichoreux fétide, laissant des ulcérations parfois très étendues et profondément creusées par lesquelles bientôt s'élimineront les séquestrés.

Les symptômes généraux sont en réalité ceux de la stomatite mercurielle phagédénique : mastication impossible, douleurs très vives avec exacerbation, etc.. Lorsque cette intoxication phosphorée se prolonge, elle se complique de même d'anémie grave, accompagnée de vomissements, de diarrhée, d'œdèmes et aboutit enfin à la cachexie.

Mais en dehors des commémoratifs, de l'étendue et du siège des lésions, la marche lente, progressive, dans un cas, ne peut se confondre avec la rapidité d'évolution qui est le propre de l'autre.

DIAGNOSTIC

Les commémoratifs, l'étendue des lésions et leur dissémination ; la glossite accompagnant presque toujours la stomatite (signe différentiel important en faveur de l'intoxication mercurielle ; l'abondance de la salivation et l'odeur, nous dirons caractéristique, de l'haleine chez ces intoxiqués ; les symptômes généraux, enfin, au cas de doute, la recherche du mercure dans la salive ou mieux dans les urines, permettent le plus souvent d'établir fermement le diagnostic de stomatite mercurielle.

« Mais il peut arriver que certains sujets aient été soumis à leur insu à un traitement hydrargyrique, ou nient volontairement toute absorption mercurielle » ; ou bien les lésions voilées par l'exsudat qui masquent rapidement les ulcérations, demandent une analyse plus approfondie de leurs caractères.

C'est ainsi que la syphilis à toutes ses périodes peut donner des ulcérations bucco-linguales : et l'on y observe, en effet les accidents primitifs, secondaires et tertiaires.

Le chancre ulcéreux est commun à la langue : il produit des ulcérations étendues et profondes de plusieurs millimètres parfois ; mais l'unité de lésion et l'intégrité du reste de la muqueuse, l'induration de la base permettent d'éliminer la stomatite mercurielle.

Les accidents secondaires qui se rencontrent partout, plaques muqueuses, génienues, gingivales, palatines, hormis peut-être leur étendue minime, d'ordinaire, et leur superficialité, n'ont souvent aucun caractère précis, et l'histoire de l'affection, les antécédents seuls mettront sur la voie du diagnostic.

On a vu même, surtout sur la voûte palatine et le voile du palais, de vastes syphilides ulcéreuses à bords anfractueux, à fond sanieux et grisâtre ; des gommès de la langue ou du voile du palais, s'ouvrant et présentant des ulcérations très profondes, térébrantes, véritablement caverneuses, encadrées par une aréole rouge, avec bords abrupts taillés à pic et fond bourbillonneux : mais nos stomatites destructives ont une marche beaucoup plus rapide, plus aiguë, les anamnestiques et les accidents concomitants aideront au diagnostic.

Des affections nombreuses en dehors de la syphilis pourront s'observer au niveau de la bouche.

La stomatite mercurielle étant en réalité, d'après les auteurs modernes, une stomatite pseudo-membraneuse, toutes les stomatites de ce nom pourraient prêter à confusion. La fausse membrane adhérente enchâssée dans une muqueuse boursoufflée à sa périphérie qu'elle ulcère à peine, avec retentissement ganglionnaire considérable pour l'étendue de la lésion, fera songer à la diphtérie.

Une ulcération vaste au niveau des gencives, ou à la face interne des joues (stomatite ulcéro-membraneuse), à bords livides, recouverte d'un magma noirâtre sous lequel on trouve un piqueté hémorrhagique et s'accompagnant de fétidité de l'haleine et de ptyalisme, siégeant d'un seul côté, ne sera pas confondue avec notre stomatite phagédénique beaucoup plus diffuse, et non unilatérale.

De même la gangrène de la bouche, le noma avec sa fréquence presque exclusive chez l'enfant, avec œdème spécial de la bouche, le noyau cutané induré caractéristique, n'échapperont pas à un examen attentif.

Chez un sujet plus âgé, certaines ulcérations que nous avons décrites en nos observations, pourraient faire songer à l'épithélioma ; mais en dehors de l'évolution lente torpide, qui demande plusieurs mois à constituer une destruction importante, l'épithélioma possède une surface tomenteuse, irrégulière, à bords éversés, saignant au moindre contact ; de plus l'adénopathie ne se montre que tardivement vers le quatrième ou cinquième mois en moyenne.

L'ulcère tuberculeux se rapproche aussi beaucoup comme lésions de celles dont nous avons montré des exemples au chapitre symptomatologie : mais les antécédents du malade, mieux encore, les lésions bacillaires coexistantes (pulmonaires, osseuses ganglionnaires) ; le fond de l'ulcération jaunâtre, la base molle ; les points jaunes caractéristiques, enfin les troubles fonctionnels accentués, et en dernière analyse, la recherche du bacille de Koch permettront d'affirmer le caractère tuberculeux de la lésion.

Enfin il est des cas où la stomatite mercurielle coïncide avec l'une de ces lésions, sans qu'il soit possible souvent de reconnaître la part qui revient à l'une ou à l'autre de ces processus destructeurs. C'est ainsi que nous avons vu commencer la stomatite avec un chancre de la langue (observ. VI). Elle peut également se développer au niveau d'ulcérations traumatiques épithéliomateuses ou tuberculeuses.

On admettra même que ces affections soient un lieu d'appel à la phlegmasie buccale. Il est, en effet, généralement admis que l'éclosion de la stomatite nécessite une destruction primitive de l'épithélium, laissant dans la suite la voie libre aux bactéries. Le rôle de cette destruction qui incombe au mercure, est laissé, dans ces conditions, à l'affection elle-même, qui devient l'adjuvant, ou même l'élément de fixation de la stomatite.

PRONOSTIC

Une affection qui entraîne la gangrène des muqueuses, voire même la nécrose des os, qui peut s'accompagner de toutes les complications habituelles à des destructions de cette nature (hémorrhagies abondantes à la chute des eschares, phlegmons de voisinage, adhérences et cicatrisations vicieuses, anémie extrême avec amaigrissement squelettique et adynamie complète), une telle affection, dirons-nous, présente une gravité réelle. — Le traitement de la syphilis par les injections de sels mercuriels insolubles, s'il a créé souvent des dangers sérieux, a fait aussi des victimes.

« C'est pourquoi quand on rapproche les cas ci-dessus
« énoncés de ceux rapportés par d'autres auteurs, l'on
« ne peut s'empêcher, tout en admettant qu'il y ait eu,
« sans doute, dans quelques-uns de ces faits des con-
« ditions malheureuses, de se tenir sur la réserve dans
« l'emploi d'une méthode thérapeutique qui ne laisse
« pas au médecin toute sa liberté d'action. »

TRAITEMENT

Nous avons remarqué déjà à la lecture des observations, combien la thérapeutique est impuissante quand la stomatite mercurielle atteint le degré d'intensité que nous avons mis sous les yeux.

L'irrigation antiseptique de la cavité buccale est rendue pénible sinon complètement impossible à l'apogée des accidents par le resserrement des mâchoires, et les douleurs accompagnant soit les moindres déplacements des maxillaires ou de la langue, soit le contact de l'antiseptique employé avec les muqueuses altérées.

L'on veillera surtout à l'état général : à l'alimentation par les lavements alimentaires.

Les injections de sérum artificiel ont, sans conteste, exercé dans les cas les plus alarmants une action tonique qui ne se fait point attendre, et nous les avons employées à plusieurs reprises avec un succès complet autant que rapide.

L'on aidera le plus possible à l'élimination du mercure à l'aide des moyens habituels : iodure de potassium et chlorate de potasse.

La voie rectale suppléera encore ici à l'absorption par la bouche si celle-ci est impossible.

Quand l'amélioration se produira, l'on pourra avec l'antisepsie buccale mieux supportée (eau chloralée, eau oxygénée, etc.) commencer l'attouchement des ulcérations avec le naphthol camphré, la solution d'iode dans l'iodure de potassium, le nitrate d'argent, etc, etc.

Le mieux est encore de prévenir les accidents et dit Fournier, ils deviendront exceptionnels pour tout médecin prudent qui commencera par faire un choix judicieux du remède et de la méthode à mettre en œuvre, qui mesurera les doses à la tolérance étudiée de son malade et ne dédaignera pas de descendre à de menus soins de pratique pour préparer avant tout la bouche de son malade et surveiller, comme il convient, l'état de cette bouche au cours du traitement mercuriel.

CONCLUSIONS

1° Le traitement mercuriel produit chez certains sujets et dans certaines conditions déterminées une série d'accidents buccaux auxquels on donne le nom d'ensemble de stomatite mercurielle.

2° Au nombre de ces stomatites et parmi les plus fréquentes, sont : la gingivite diffuse simple, la gingivite rétro-molaire, la glossite mercurielle ou langue neigeuse de Fournier.

3° En dehors de celles-ci existe une variété heureusement rare, mais importante à connaître à cause de sa forme, de sa gravité, de son évolution, de ses accidents, et surtout de son origine.

4° Cette variété est celle que nous avons étudiée et avons dénommée stomatite phagédénique mercurielle.

5° Les caractères cliniques essentiels de cette stomatite sont : le début spontanément destructif ; sa localisation variable affectant de préférence le voile du palais ou la langue, etc. : son évolution consécutive subaiguë, de durée longue variant entre 3 et 6 mois, s'accompagnant de troubles généraux consécutifs au défaut d'alimenta-

tion : à la gêne respiratoire : à la dépression nerveuse concomitante ; aboutissant à l'escharification de la partie atteinte et à son élimination.

6° La cause déterminante de cette stomatite phagédénique est le traitement mercuriel : en particulier, donné sous forme d'injections de sels insolubles, produisant l'accumulation mercurielle et la décharge brusque du toxique, se traduisant en outre de ces accidents buccaux graves par d'autres phénomènes d'intoxication tels que diarrhée, cachexie, etc.

7° Les causes prédisposantes nous ont paru être analogues à celles qui produisent les intoxications et éruptions médicamenteuses (insuffisance rénale, hépatique), causes encore mal déterminées ; et aussi la fréquence de localisation d'accidents syphilitiques dans la cavité buccale.

9° Les causes occasionnelles, probablement d'origine microbienne, n'ont pu être suffisamment déterminées, les cultures restant dans ces cas le plus souvent stériles et l'examen direct montrant toutes les variétés de bactéries de la bouche.

9° Le Pronostic en est grave à cause des destructions étendues que l'on voit, et de la cachexie consécutive pouvant amener même une issue fatale. Le traitement doit consister surtout à aider à l'élimination du mercure, et à soutenir le malade pendant l'évolution de cette intoxication à l'aide d'injections de sérum artificiel. Mais la prophylaxie est surtout importante, en enseignant que tout malade porteur d'accidents buccaux syphilitiques, est susceptible de faire des accidents toxiques du côté

de la bouche, sous l'influence du traitement par les injections de sels insolubles.

Aussi, avec le professeur Gaucher, préférons-nous aux sels insolubles, les injections mercurielles solubles qu'on peut graduer à volonté et dont on surveille facilement les effets.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
GAUCHER.

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BELLOSTE. — Traité du mercure.
- BONNELAT. — Avantages et inconvénients du mercure dans le traitement de la maladie vénérienne, 1827.
- ESTIENNE. — De la stomatite mercurielle, 1839.
- BOIREAU. — De l'emploi du mercure dans le traitement des syphilides, 1843.
- LEGRAND. — De l'or et du mercure, 1828.
- GRAPIN. — De la stomatite mercurielle, 1846.
- MASSÚ. — Des accidents mercuriels, 1853.
- BEAULIÈS. — Quelques considérations sur la stomatite mercurielle. *Th.*, Strasbourg, 1862.
- RENAULT. — Syphilis au xv^e siècle, 1868.
- BURET. — La syphilis à travers les âges.
- VON DURING. — Leçons sur la syphilis.
- HALLOPEAU. — Thèse d'agrégation, 1878.
- Inject. hyp. de calomel dans la syphilis, 1887-1888.
- Valeur des injections hypodermiques dans le trait. de la syphilis. (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1896.)
- LELOUX. — Intoxications par le mercure. *Th.*, Paris, 1892-1893.
- MOULLIN. — Stomatite mercurielle tardive. *Th.*, Paris, 1894.
- MERGET. — Le mercure, action physiologique, thérapeutique et toxique.
- ASSELSBERG. — Des injections de calomel dans la syphilis.

FONTAINE. — Coup d'œil sur l'histoire du traitement mercuriel.
Th., Paris, 1896.

GAGNIÈRE. — Traitement de la syphilis par l'huile grise. *Th.*,
Paris, 1897.

LIAGRE. — Etude sur le traitement de la syphilis par les inject.
de sels insolubles.

ARNAULD. — Les inject. hypodermiques de mercure dans la
syphilis. *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*,
1897.

BARREYRE. — Des accidents consécutifs aux injections mercurielles. *Th.*, Paris, 1898.

ARNOZAN. — Les inject. hypoderm. de médicaments insolubles
et le rôle des leucocytes dans leur absorption. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1901.)

FOURNIER. — Traitement de la syphilis.

— Leçons sur la stomatite (*Union médicale*, 1891).

MAURIAC. — Traitement de la syphilis.

DEBOVE et ACHARD. — Manuel de médecine.

BROUARDEL et GILBERT. — Traité de médecine et de thérapeutique.

— Exposé des travaux scientifiques du docteur du Castel.

GALEZOWSKI. STOUKOVENKOFF. JULLIEN. LE PILEUR BARTHÉLÉMY. PORTALIER. RENAULT. THIBIERGE. — *Annales de dermatologie et syphiligraphie*.

— Discussion sur les injections de sels insolubles de 1894 à 1896.

GAUCHER. — Société médicale des hôpitaux, 1896. (Cas de mort à la suite d'injection de calomel.)

DIEULAFOY. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu. Traité de path. interne.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	5
OBSERVATIONS	8
SYMPTOMATOLOGIE.....	25
ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE.....	31
DIAGNOSTIC.....	40
PRONOSTIC	44
TRAITEMENT.....	45
CONCLUSIONS.....	47
BIBLIOGRAPHIE.....	50



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN
